

UNIVERSITE DE GENEVE
Département de psychiatrie
Centre psycho-social

FACULTE DE MEDECINE
Professeur Gaston GARRONE et
André HAYNAL, professeur assistant

RECHERCHE D'UNE SITUATION DECLENCHANTE DANS L'INFARCTUS DU MYOCARDE

THESE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Pierre-Alain SAVARY

de

PAYERNE (Vaud)

Thèse No 3501

GENEVE
Editions Médecine et Hygiène
1976

UNIVERSITE DE GENEVE
Département de psychiatrie
Centre psycho-social

FACULTE DE MEDECINE
Professeur Gaston GARRONE et
André HAYNAL, professeur assistant

RECHERCHE D'UNE SITUATION DECLENCHANTE DANS L'INFARCTUS DU MYOCARDE

THESE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Pierre-Alain SAVARY

de

PAYERNE (Vaud)

Thèse No 3501

GENEVE
Editions Médecine et Hygiène
1976

La Faculté de médecine, sur le préavis du professeur Gaston Garrone et docteur André Haynal, professeur assistant, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 10 mai 1976

Le doyen :
William Geisendorf

Thèse No 3501



A Monsieur le professeur André Haynal, dont le dynamisme et la personnalité m'ont été d'un précieux secours, et qui a accepté de diriger cette thèse.

Au docteur Rolf Gfeller, qui a eu l'idée de ce travail.

Au docteur Haissli, du Centre de cardiologie, et à son équipe de réadaptation, pour l'intérêt et le soutien apportés à cette recherche.

Aux docteurs A. Bloch, privat-docent, A. Gunn-Sechehaye, privat-docent et P. Hermann, pour leur disponibilité et leur aide concrète.

A MON PERE

"Ce ne sont pas les choses qui nous troublent, mais l'opinion que nous nous faisons d'elles"

Epictète

"Heureux qui peut savoir l'origine des choses"

Virgile.

HYPOTHESE DE TRAVAIL

De nombreuses études ont été consacrées aux facteurs responsables de l'athérosclérose coronarienne et de l'infarctus. Plusieurs déterminants ont été envisagés : tout d'abord les facteurs de risque tels que hypertension, tabagisme et hyperlipidémies, auxquels il faut ajouter l'hyperglycémie, l'inactivité physique, l'obésité et éventuellement l'hyperuricémie.

Les facteurs de risques psychologiques ont été également étudiés, ce qui a permis de définir une "personnalité coronarienne". Si l'on ajoute encore les études consacrées aux risque de nature héréditaire, nous disposons d'une constellation de facteurs qui permet de mieux cerner le candidat à l'infarctus.

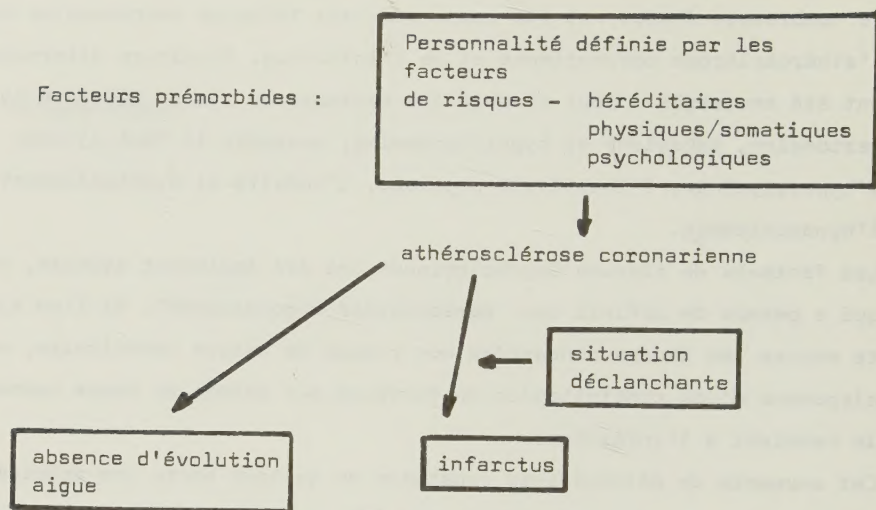
Cet ensemble de déterminants constitue en quelque sorte les prémices de cette maladie. Définis par avance, ils permettent, dans une population donnée, de sélectionner les sujets à haut risque. Cependant, il s'agit-là de facteurs prédéterminés, dont l'évolution constante facilite la sclérose coronarienne et finalement la nécrose myocardique.

On pourrait se demander maintenant, et cela a été fait (JOUVE, études sur les life events et le stress) si des facteurs extérieurs au sujet favorisent l'apparition de la maladie. Plusieurs études ont été consacrées à la tension professionnelle ou au contexte familial des patients. L'infarctus en tant que maladie des "managers" est maintenant un fait connu de l'homme de la rue.

Les études consacrées aux "life events" ont montré un indice de changements existentiels plus élevé dans l'année qui précède la maladie que lors des deux ans antérieurs.

C'est dans ce contexte que nous nous sommes demandés pourquoi l'infarctus survenait à un moment plutôt qu'à un autre, s'il ne pouvait pas exister des facteurs favorisant le déclenchement de la maladie.

Nous avons alors postulé le schéma suivant :



En d'autres termes, les patients faisant un infarctus constituent un sous-ensemble de la classe des patients à risque, cet ensemble étant lui-même bien défini. Les deux sous-ensembles sont en quelque sorte partagés par l'apparition d'une situation déclanchante.

La question que nous nous posions, à savoir si pour une affection aussi manifestement organique, il pouvait exister un facteur favorisant, déterminant, d'origine psychologique, a servi d'hypothèse de travail. Dans l'affirmative, l'infarctus, comme la maladie ulcéreuse en particulier, serait le résultat de la conjonction d'un ensemble bien précis d'éléments isolés ("pattern"), l'étiologie devenant alors multifactorielle, ce qui permettrait alors d'intégrer les données de toute sorte recueillies sur ces patients.

Nous ne pensons pas, en effet, qu'il soit encore possible de rechercher une étiologie unique à une affection pour laquelle des données aussi

diversifiées sont depuis longtemps connues et vérifiées. L'infarctus est pour nous une affection touchant l'ensemble de l'individu, sur le plan psychique comme sur le plan somatique, l'un et l'autre de ces éléments ne pouvant d'ailleurs être clairement individualisé ou séparé de son contexte.

LA SITUATION DECLANCHANTE OU SD

En nous référant au schéma de la page précédente, nous constatons que nous avons affaire à un ensemble de déterminants caractérisant le sujet atteint d'athérosclérose coronarienne. Partant de là, nous avons postulé l'existence d'une variable susceptible d'avoir deux valeurs exclusivement; l'une, positive, déclanchera un processus aboutissant à l'infarctus, l'autre, nulle, conditionnera une évolution chronique de cette affection coronarienne.

Nous avons appelé cette variable : situation déclanchante en nous référant d'une part aux travaux de l'école de néopsychanalyse allemande, notamment DUHRSEN, HEIGL et SCHWIDDER qui se sont occupés d'une manière générale de l'existence d'une telle variable dans l'apparition des névroses et des affections psychosomatiques et d'autre part aux recherches plus spécifiques effectuées dans le cadre d'études de la maladie ulcéreuse (CASTELNUOVO-TEDESCO, GFELLER, STENBACH et WEISMAN).

Dans ce travail, et à la suite des auteurs cités, nous entendrons par situation déclanchante une situation conflictuelle actuelle, correspondant à un transfert du conflit intrapsychique infantile dans une situation actuelle. Lorsque ce conflit actuel est d'une intensité suffisante, il décompense les systèmes défensifs aménagés par le patient et provoque l'apparition de la maladie.

Nous le distinguons donc des life events, qui sont des changements exis-

tentiels objectifs ou subjectifs, désirables ou non (mariage, divorce, déménagement, achat important etc), prédéterminés sur une liste que l'on soumet aux patients. De plus, l'importance relative de ces changements est quantifiée par avance, sans tenir compte de la réaction spécifique d'un patient donné à une situation donnée.

Il n'est pas non plus possible de la confondre avec le stress, ensemble de stimuli nocifs, non spécifiques, d'intensité suffisante pour provoquer des modifications psychologiques (angoisse) et physiologiques (pouls, pression) selon l'axe diencéphalo-hypophyso-surrénalien tel qu'il a été défini par SELYE.

Le terme de situation déclanchante tel que nous l'avons défini précédemment, ne répond pas toujours à la même définition. Dans sa remarquable étude, HAHN a abordé l'idée d'une telle situation. Il a recherché des événements survenus

- a) de 3 jours à 3 heures avant le déclenchement de l'infarctus,
- b) moins de 3 heures avant l'infarctus.

Ses critères voulaient que ces événements soient objectivés par le patient, dans un questionnaire individuel, et éventuellement confirmés par l'entourage.

La SD, selon lui, est une situation conflictuelle avec un caractère de surdemande, donc un événement se rapprochant plutôt du stress comme nous le verrons.

Quant à nous, nous nous en tiendrons tout au long de cette étude à la définition que nous avons donnée plus haut.

La SD peut donc être un événement apparemment banal si on tente de la juger objectivement. Ce qui importe en effet se trouve être la répercussion psychologique, la résonnance affective de cet événement. De plus, contrairement au stress, auquel nous l'opposons, il s'agit d'un événement doué d'une spécificité individuelle, alors que le stress tou-

che presque l'ensemble de l'espèce qui lui est soumise.

La recherche et l'appréciation de l'existence d'une SD seront donc beaucoup plus subjectives que s'il s'agissait d'un stress, facilement reconnu, car souvent dépourvu de vécu émotionnel secondaire. Au cours de notre étude, nous avons remarqué que le patient ne décrivait jamais ce conflit dans les mêmes termes, ni avec le même vécu affectif que d'autres événements parfois objectivement beaucoup plus importants (cf life events). Il s'agit d'un véritable traumatisme au sens psychanalytique du terme, mobilisant profondément les mécanismes de défense et ébranlant la structure du sujet.

La spécificité de cet événement permet également de le différencier du stress. BECK en a donné cette description imagée : le conflit actuel est au conflit intrapsychique ce que la clef est à la serrure.

Comme nous le verrons par la suite, la SD s'intègre dans la dynamique existentielle de nos patients. Elle ne survient jamais au hasard, tout au moins ce n'est jamais par hasard qu'elle est vécue en tant que telle, ce qui nous a permis de la répertorier dans notre casuistique.

Elle exige toutefois, pour être identifiée, que l'observateur se place à un autre niveau d'écoute, et puisse ainsi prêter au patient cette qualité d'attention particulière dont BALINT a longuement développé les particularités (Le médecin, son malade et la maladie).

On peut évidemment se demander quelle valeur peut avoir une approche manifestement subjective. De plus, recherchant de manière active un tel événement, il semble toujours possible de le trouver, en vertu de l'adage qui veut que l'on ne trouve que ce que l'on cherche.

Nous devons toutefois constater que la psychodynamique est, dans son ensemble, fille d'un tel type de démarche. Face à l'inconscient humain et à ses manifestations, seule une tentative d'approche nouvelle peut nous aider à franchir les barrières que nous opposent les patients, afin

d'établir un lien entre un vécu subjectif et un événement pathologique survenu au niveau du corps.

Chacun connaît en effet les divergences que l'on découvre dans les dires d'un patient si l'on compare les données anamnétiques d'un premier entretien et celles qui surgissent au hasard d'une relation thérapeutique. Tous les points affectivement "chauds" sont sujet à caution s'ils ne sont pas investigués sans que l'on bénéficie de la confiance totale de son interlocuteur. De même, les questionnaires remis aux patients pour certaines études sont voués à l'incertitude dès le moment où ils abordent les sujets critiques de l'affectivité humaine (vie relationnelle, relations sexuelles, vie intérieure). C'est la raison pour laquelle nous avons renoncé à toute approche "scientifique et objective" telle que tests psychologiques, questionnaires élaborés à l'avance, pour découvrir au fur et à mesure des entretiens, le vécu de nos patients.

Une autre raison a guidé ce choix : les études sur lesquelles nous nous sommes basés, celle de HAHN en particulier, n'ont utilisé que faiblement les ressources de l'entretien clinique tel que nous le décrirons. Nous avons donc pensé effectuer ainsi une approche complémentaire à celles qui avaient été tentées auparavant, afin d'essayer de l'intégrer dans une vision d'ensemble de cette maladie.

Nous avons donc été conscient, dès le début de notre recherche, de pratiquer un examen clinique avec tous les biais qu'il est susceptible de comporter. Nous savons, dans le domaine de l'examen psychiatrique, plus que tout autre, que l'observateur influence le champ d'observation par sa seule présence. Quelle que soit l'attitude qu'il adopte, en vertu du théorème bien connu qui nous vient de la théorie de la communication humaine, il ne peut pas ne pas communiquer avec son patient (BATESON), ce qui signifie que sa seule présence faussera l'attitude

spontanée du sujet, (cf article de HERMANN). En contre partie, la présence d'un interlocuteur peut susciter, par des interventions adéquates, la reviviscence de certains souvenirs profondément enfouis dans l'inconscient du malade, fournissant ainsi un matériel dont on ne peut négliger l'importance.

Exposé de la méthode d'investigation

Les 45 patients que nous avons examinés ont été vus, pour des raisons essentiellement pratiques, dès le moment où ils quittaient le service de réanimation et de soins intensifs pour regagner un service de médecine interne, soit 4 à 5 jours après la survenue de l'infarctus. Une autre préoccupation nous a guidé dans le choix de ce moment d'examen, à savoir la possibilité d'être à l'origine d'une aggravation du status cardiaque, consécutive à la résurgence de situations traumatisantes, au sens psychanalytique du terme. Si notre hypothèse concernant l'existence d'une situation déclanchante se révèle vraie, la manipulation de ces conflits intra-psychiques peut se révéler risquée, car nous connaissons très mal les processus qui aboutissent à la "corporation" d'un tel conflit.

De plus, pratiquant l'examen sur des patients fraîchement traumatisés, dans le cadre de l'équipe de réadaptation à laquelle nous nous étions intégré, nous avons été confronté, dès les premiers colloques interdisciplinaires, avec les multiples questions posées par les membres de l'équipe quant au parti immédiat que l'on pourrait tirer de cette recherche. Il nous est ainsi apparu que nous devons, parallèlement à notre recherche, envisager avec le patient un certain nombre de sujets qui étaient devenus préoccupants pour lui, tels que recyclage professionnel, possibilité réelle de suivre les prescriptions d'hygiène préventive, évocation de conflits familiaux ou professionnels, par exemple.

Nous nous présentions donc aux malades comme psychiatre membre de l'équipe de réadaptation, et leur définissions le but de nos entretiens comme visant d'une part à élaborer les problèmes psychologiques que pouvait leur poser cette affection récente, et d'autre part à éclaircir pour nous certains aspects de cette maladie, dans le cadre d'un travail de recherche que nous effectuions.

La collaboration du patient étant un facteur décisif pour saisir les mécanismes psychopathologiques d'une affection, nous lui avons toujours laissé la possibilité de refuser l'entretien que nous lui propositions. Nous n'avons jamais essuyé de refus, quand bien même les réticences ont été nombreuses, mais l'intérêt, le désir d'être utile, la curiosité, l'espoir de trouver une solution au vécu angoissant de l'infarctus, l'ont toujours emporté.

Les entretiens se sont déroulés en général dans les parloirs jouxtant les salles des malades ou alors dans la chambre même de leur séjour, si celle-ci permettait une intimité suffisante, au moins sur le plan accoustique. Dans tous les cas, nous cherchions à obtenir un isolement aussi complet que possible dans le cadre d'un hôpital général.

Le nombre et la durée des entretiens se sont révélés très variables. La première entrevue se déroulait pendant un laps de temps compris entre 45 minutes et 1 heure 30 environ, selon la personnalité du malade. Si nous ne parvenions pas au but fixé dans ce délai, nous propositions alors un deuxième, voire un troisième entretien dont la durée n'a alors jamais excédé 50 minutes. En règle générale, une à deux entrevues se révélaient suffisantes, d'autant plus que nous aurions été nous-même limité par notre propre disponibilité.

Ces quelques considérations nous amènent maintenant à parler de la méthode d'examen proprement dite. Nous nous sommes basé sur une technique dérivée à la fois de la clinique psychanalytique et de l'école psycho-somatique française, puis, dans un deuxième temps, dans les

cas où cela s'avérerait nécessaire, d'une recherche anamnétique fouillée en fonction des données préalablement fournies par le malade. Finalement, dans le cas où le patient se révélait désireux de poursuivre le dialogue et d'envisager une thérapeutique spécifique, nous passions à une attitude plus directive visant à établir une prise en charge. Pendant la première partie de l'examen, dans le but de développer et apprécier la nature de la relation spontanée du malade ainsi que de ses systèmes adaptatifs majeurs, nous étions amené à adopter une attitude neutre, réservée et bienveillante afin de ne pas fausser le processus. Par la suite, nous complétions notre investigation par des questions sur l'activité onirique, les souvenirs d'enfance, la formation intellectuelle, la vie quotidienne. Enfin, nous avons abordé les perspectives qui pouvaient se dégager à la suite de notre entrevue, dans le but de préparer la rupture, la fin de l'entretien. Nous avons donc envisagé successivement (F. DEUTSCH, ENGEL, MARTY et de M'UZAN)

- 1) la relation d'objet.
- 2) l'énergétique psychosomatique.
- 3) la valeur fonctionnelle de l'activité mentale.
- 4) le rapport entre les dispositions de la personnalité, l'état de maturation et la configuration symptomatique.
- 5) les possibilités de remaniement structurel.

But de l'examen

Etant donné le contexte que nous avons cité, il n'a pas été possible de nous contenter de rechercher une situation déclanchante auprès des patients examinés. En effet, l'examen psychiatrique, comme tout autre examen clinique, ne peut se pratiquer sans qu'il ne s'établisse

une relation entre l'observateur et le sujet. Cette relation, caractérisée par un double courant d'échanges du sujet à l'observateur et de l'observateur au sujet (transfert et contre-transfert), et parce qu'elle s'appuie sur la confiance et la participation du patient ne manque pas de perturber le sujet, donc de soulever chez lui un certain nombre de préoccupations.

Ces préoccupations sont de tous ordres : pourquoi un examen psychiatrique dans le cadre d'une affection physique dont les mécanismes physiopathologiques sont apparemment bien connus et délimités ?

Que pense le psychiatre (souvent investi comme un personnage tout puissant, voire dangereux, ayant la propriété de transpercer et de comprendre de manière magique les ultimes secrets de la personnalité) de ce que je lui aurai dit ou, pire, de ce que je n'aurai pu préciser ? Que va-t-il faire de ce qui lui aura été confié ? Parfois, plus brutalement, pense-t-on que je sois fou pour que l'on m'envoie un psychiatre ?

On voit que la situation d'examen est loin d'être claire d'autant plus que les renseignements recueillis sont destinés avant tout à une recherche, donc à servir l'intérêt de l'observateur et ne visant pas, comme dans l'examen classique, le bénéfice immédiat du sujet.

Devant répondre aux questions du patient, qu'elles soient formulées d'une manière claire ou qu'elles apparaissent d'une manière indirecte sous la forme d'une certaine angoisse ou d'une réticence à la poursuite de l'examen, nous avons été amené à envisager avec le malade d'éventuelles mesures thérapeutiques dont nous parlerons plus loin. Il nous a aussi fallu, dans d'autres cas, rassurer ces patients en leur montrant l'aspect investigateur, peu formalisé de notre démarche.

Ils se détendaient alors, se sentant moins directement impliqués par notre présence et nous permettaient dans certains cas de trouver la

situation déclanchante.

Choix et description du groupe de patients

Nous avons examiné une série consécutive de 45 patients pendant une période de six mois, soit de fin janvier à fin juillet 1975, avec deux interruptions d'un total de six semaines en avril et mai.

Nous avons retenu les cas d'infarctus certains, c'est-à-dire remplissant au moins deux des trois critères suivants : (retenus aussi par BLOCH)

- 1) douleur et clinique typique,
- 2) hausse pathologique des enzymes sériques (CPK, LDH, transaminases)
- 3) modifications caractéristiques de l'ECG.

Nous avons exclu de notre étude :

- les patients ayant subi une opération cardiaque antérieure.
- les patients d'âge supérieur à 65 ans révolus pour des raisons suivantes : premièrement, nous pensons que l'infarctus peut aussi être l'aboutissement de processus dégénératifs séniles sans qu'intervienne alors forcément une situation déclanchante. Il s'agit-là d'une hypothèse que nous avons définie à priori, sans avoir la possibilité de la vérifier.

Deuxièmement, nous nous sommes constamment référé à l'étude de HAHN qui, sur un total de 50 patients, ne comptait que 5 malades âgés de plus de 60 ans. Afin de pouvoir comparer notre série, nous avons dû aussi choisir ce critère limitatif, la pénétrance de cette affection allant de pair avec le vieillissement.

Troisièmement, le service auquel nous appartenons ne comprend pas le secteur psychogériatrique, la limite d'âge étant précisément celle qui a été fixée plus haut,

- les patients de sexe féminin. Il s'est avéré en effet, que seules deux femmes auraient été susceptibles d'être examinées pendant la période décrite, soit moins de 5 %, ce qui ne semblait pas statistiquement significatif. (Classiquement, cette affection ne se manifeste que très rarement avant la ménopause).
- Les patients dont la connaissance de la langue française était insuffisante pour soutenir un examen psychiatrique, la maîtrise de certaines nuances étant en effet capitale pour la compréhension des mécanismes étudiés.

Groupe de contrôle

Le dernier problème que nous ayons à aborder ici est celui du groupe de contrôle, Nous avons plusieurs possibilités de choix, théoriquement tout au moins.

1) Appariement nosologique.

L'infarctus étant un sous-groupe de la maladie coronarienne, nous aurions pu examiner un groupe d'agoreux dans une période stable de leur affection, selon les critères précédemment décrits. Nous avons éliminé cette possibilité pour les raisons suivantes :

- a) un pourcentage important des patients qui font un infarctus sont des angineux avant que ne se déclanche cette affection. Nous aurions donc eu une trop grande interpénétration des deux groupes.
- b) L'angor nous paraît constituer en soi tout un chapitre de la maladie coronarienne, et il n'entrait pas dans nos intentions de l'étudier simultanément.

2) Appariement par "patterns". (ensemble structurel bien défini)

Nous savons depuis longtemps quels sont les facteurs de risque définissant ces patients. Nous aurions pu rechercher, dans une popu-

lation donnée, des patients présentant ces facteurs de risque, mais n'ayant pas (encore) fait d'infarctus. Toutefois, nous savons que ce type de sujet jouit d'une santé excellente, et donc échappe en général au circuit médical avant la survenue de l'infarctus. La recherche de tels patients se serait donc avérée extrêmement ardue, le type d'examen devant les sélectionner étant long et coûteux.

3) Appariement par la situation déclanchante.

Il est possible, en effet, de discuter la spécificité de la situation déclanchante et de se demander si tout événement existentiel n'est pas précédé d'un tel phénomène.

La SD constituant le propos de notre étude, il s'avérait intéressant de chercher à mettre à jour un tel conflit à l'origine des troubles de la plupart des patients hospitalisés, et d'examiner dans quelle mesure leur incidence respective peut en différer. Nous avons donc choisi de voir 15 patients hospitalisés dans un service de médecine interne, selon les critères suivants :

1. âge compris entre 35 et 65 ans.
 2. sexe masculin.
 3. état de santé et connaissance de la langue française permettant un examen psychiatrique approfondi.
 4. absence d'affection coronarienne connue, au moment de l'hospitalisation. Sur le plan pratique, nous avons vu dans la même journée tous les patients répondant à ces critères, et qui étaient hospitalisés dans la même unité. Leur nombre était en effet suffisamment restreint pour permettre ce type de choix.
- Par ailleurs, le type d'examen pratiqué était identique à celui que nous avons appliqué aux coronariens.

SHELDON	EYSENCK	CATTELL	ROSENMANN	CLASSIFICATION PROPOSÉE DANS CE TRAVAIL
actif	actif	entreprenant	Mobilité physique et psychique	Incapacité de supporter l'inaction
expensif énergique	assoiffé de stimulations	se laisse volontiers emporter par le tourbillon de l'existence	mode de vie hâtif	bouffées de colère rares et puissantes
goût du risque aventureux	impulsif facilement imitable	impulsif émotif extraverti	impatient impulsif	anxiété cachée émotivité cachée apparence calme
énergique ambitieux	sociable	facile à vivre sociable	recherche succès et valorisation sociale	recherche du succès et de la valorisation sociale
audacieux mode de vie très ouvert	instable tempérament mal contrôlé	versatile suspenseux souple	tendu contraint obsessionnel	obsessionnel perfectionniste

PROFIL DE PERSONNALITE

La structure de personnalité, relevée et décrite par de nombreux auteurs, se révèle être d'une remarquable constance quant à ses caractéristiques. Les variantes sont peu nombreuses et elles ne touchent que quelques aspects de cette personnalité.

L'organisation pulsionnelle montre d'importantes fixations anales

On y trouve le plaisir à bouger, à agir, à dominer. La maîtrise, le contrôle sont amniprésents : "j'aime tout vérifier, tout contrôler" (20) ou encore "tout doit être réglé comme du papier à musique" (28). Cette nécessité s'applique même au futur "je veux toujours penser en avant, comme le coureur cycliste qui pense à la montée qui suit la descente et j'assure mes arrières" (14). Cette maîtrise se retrouve bien entendu au niveau du corps : "j'ai été angoissé lorsqu'on m'a enlevé le monitoring, de ne plus pouvoir contrôler mon cœur (44). Autres traits de la série obsessionnelle : la constance et l'obstination, "je tiens toujours mes promesses, quitte à en crever (mourir)" (10). Ces éléments, que l'on retrouve dans le travail bien entendu, leur permettent de consacrer jusqu'à 15 heures par jour à leur emploi. Le perfectionnisme, auquel tous nos patients font allusion complète encore ce tableau.

Mentionnons pour terminer avec ces caractéristiques anales, le goût pour la collection (timbres, clefs, chemins de fer miniatures, etc), mais sans primauté accordée à l'esthétique. Les beaux objets s'achètent souvent d'une manière impulsive, irréfléchie, qualités peu appréciées de nos patients. Même le désordre est contrôlé, "j'aime avoir un coin en cupesse (désordre)" (7).

Il y a cependant des limites à ce caractère si typiquement anal, et ces limites constituent autant de facteurs de risque dans le déclanche-

ment de la maladie coronarienne.

Nous pensons à l'hyperlipidémie et à l'obésité, au tabagisme, à l'hyperuricémie, voire même au diabète, autant de traits qui relèvent de fixations orales.

Le tabagisme est extrêmement fréquent chez nos patients. La consommation de cigarettes est le plus largement représentée; le cigare et la pipe ne satisfont pas, par la disposition d'esprit et la préparation qu'ils exigent, les tendances compulsives et la nécessité d'une satisfaction-gratification rapide que l'on retrouve toujours dans l'acte de fumer.

En dehors de l'habitude, toute tension, même minime, engendre le désir d'une cigarette. Celle-ci est également considérée comme un signe permissif de détente. Plusieurs patients nous ont signalé que la cigarette représentait pour eux un symbole inducteur d'un relâchement souhaité dans leur régime de tension constante. (Ce symbolisme est d'ailleurs très largement représenté dans la publicité). Le plaisir de sucer et la nécessité d'avoir une activité même dans l'inaction sont beaucoup plus importants que le goût du tabac. Ayant dû cesser de fumer à la suite de son infarctus, un de nos patients aimait à manipuler et sucer un porte-cigarettes muni d'une cigarette en plastic.

Peu investis, donc peu structurés, les moments de détente sont réservés au bricolage, jardinage, parfois au sport ou à la conduite d'un véhicule.

Le plaisir ne peut en effet apparaître qu'au moment où l'écoulement libidinal est suffisamment intense pour apaiser l'angoisse. Dès ce moment, une certaine satisfaction, voire même une détente réelle peut alors se manifester.

Ce plaisir prend fréquemment une allure plus quantitative que qualitative. Bien souvent, il est provoqué par la satisfaction que procure la contemplation d'un corps qui répond bien à ce que l'on exige de lui

(dans le sport) ou par la constatation de la progression constante et de la réussite à laquelle on est parvenu, "les succès professionnels m'apportent une sorte de jouissance" (22).

Cette absence de qualité épicuriennes se retrouve également dans l'alimentation : souvent obèse, gros mangeurs, nos patients éprouvent dans ce domaine aussi un besoin compulsif d'incorporation. Ce besoin, comme celui de fumer, est toujours proportionnel à l'importance des tensions professionnelles et de la qualité de travail fourni, quelle que soit d'ailleurs l'importance de la quantité de calories effectivement consommées.

L'acte de manger n'est pas un plaisir gratuit : il trouve sa justification dans un désir de récupération des forces, d'une tentative de restauration, ou encore, lors des dîners d'affaires, dans le but de faciliter le contact et les transactions en cours.

Même si nos patients sont excessifs dans les domaines précédemment décrits, il reste cependant un secteur où le contrôle surmoïque s'exerce d'une manière sévère : l'alcool, "j'aime le bon vin, mais je me limite volontairement de manière stricte" (29). Aucun de nos patients, quand bien même leur consommation de boissons alcooliques était parfois loin d'être négligeable, ne s'est révélé être dépendant et intoxiqué. Nous trouvons ici une incompatibilité de structure, alors que la demande serait présente si l'on en juge à la double consommation d'aliments et de tabac.

Ces quelques traits oraux sont autant de failles au système rigide dans lequel nos sujets sont enfermés. On retrouve en effet toujours une tendance à l'autocritique derrière chacun de ces plaisirs. La passivité n'est pas non plus possible, même lors des loisirs : il faut toujours faire quelque chose "dormir, c'est être mort" (36).

La vie sexuelle, peu investie, occupe une place limitée dans l'existence de nos patients. Souvent fatigués par de longues journées et l'activité intense que nous leur connaissons, ils considèrent les rapports sexuels plutôt sous l'angle d'une détente à attendre que d'un plaisir à rechercher activement. La satisfaction n'a pas de caractéristique génitale : elle est plutôt vécue comme la confirmation de la puissance et de la domination, le plaisir de la partenaire n'intervenant qu'en tant que preuve. Cela est particulièrement frappant en ce qui concerne les liaisons extra-conjugales, où l'autre est vécu en tant que conquête, objet d'affirmation de soi : "cela consiste à mettre son étendard dans un lit de plus" (22).

L'agressivité est de prédominance anale, dans le sens d'une expulsion de rage incontrôlée, accompagnée d'un intense désir de destruction, et de détérioration de l'objet : elle est toutefois teintée d'oralité dans la mesure où transparaît des fantasmes d'incorporation et d'avidité destructrice si propres à leur manière d'être.

Connus et redoutés pour d'extraordinaires bouffées de colère, ils se définissent de la sorte : "je suis soupe au lait" (14), (37) ou bien "je suis mauvais, terrible" (2). Les caractéristiques de cette agressivité sont constantes et typiques : intensité, efficacité, imprévisibilité, caractère redoutable. La valeur de décharge de ces colères n'est pas à dédaigner : "cela a un effet souverain pour moi et pour mon collaborateur" (21). Connues et mentionnées depuis la fin de l'adolescence, ces bouffées de rage prennent une importance croissante dans la mesure où les limitations extérieures diminuent : qui, en effet, oserait se dresser contre un chef de famille ou un supérieur hiérarchique ?

Tous nos patients mentionnent ces crises qui prennent parfois un caractère mémorable, caricatural, car, échappant au contrôle pourtant si

efficace de nos sujets, elles ont une puissance et une intensité qui n'est pas sans évoquer la rupture d'un barrage : "c'est la toute grosse bagarre" (25). Ce caractère d'échappement apparaît également si l'on regarde la cause déclanchante : il s'agit presque toujours d'un événement bénin, léger, mais dont l'accumulation met en échec les tentatives de contrôle et de rétablissement de nos patients. Cette agressivité est vécue comme dangereuse "le colère est une sorte de violence" (5), elle ne se manifeste que d'une manière indirecte, sous forme d'un goût particulier pour les films ou les livres d'action, de guerre ou alors par l'intermédiaire des éclats mentionnés plus haut. Mais on retrouve alors souvent la notion d'être "acculé", "poussé à bout par des événements qui remettent une brique dans la chaudière" (14).

Sublimée, cette agressivité est à l'origine de la combativité et de l'hyperactivité précédemment observées. On la retrouve dans l'ambition parfois insatiable de certains patients.

La pathologie narcissique occupe une place importante dans ce tableau de personnalité. La toute puissance, autrefois infantile, est omniprésente : "je veux que ce que j'ai décidé soit fait" (25) ou "je me suis aperçu à 55 ans que je n'avais plus 20 ans" (25) ou "j'aime régner" (38). Elle se manifeste aussi dans la recherche active de postes de responsabilité, ambition que l'on retrouve très largement représentée et qui permet l'épanouissement de cette tendance. "La réussite est une sorte de jouissance" (22).

Dès l'accession au niveau de cadre, cette personnalité si particulière se réalise de manière caricaturale pour pratiquer un contrôle absolu, omnipotent et total sur les structures subordonnées. Cela explique l'intense activité déployée, la délégation de responsabilités s'avérant impossible vu le caractère humain, donc faillible des collaborateurs.

"Je suis contrarié par l'imprévu" (7).

On imagine donc la fragilité de ce système, fragilité que l'on retrouvera dans l'étude de la SD.

Le narcissisme est de type phallique. Tout s'exprime en termes de conquête, de domination, de succès, de confirmation de soi (cf SD). Les échecs revêtent des allures de castration. Toutefois, si l'on se réfère à la composante narcissique primaire pure, nous constatons que l'angoisse soulevée par la mise en question structurelle aura toujours deux composantes : d'une part la castration, mais aussi et surtout l'anéantissement, à la manière d'une cascade, en fonction de la gravité et de la résonance de l'événement. Toujours présente, consciente, l'angoisse occupe une place importante dans cette mosaïque d'éléments structurels. Elle apparaît sous forme d'un sentiment de malaise pénible avec une densité que devient physique : "je me ronge intérieurement" (5), (6), ou "j'ai un sentiment de nervosité" (11). Elle peut devenir insupportable dès le moment où l'inaction forcée est à l'origine d'une stase libidinale : "j'ai demandé à mon médecin de me bourrer de médicaments pour ne pas voir le temps passer" (25).

L'importance de la menace qu'elle représente est à prendre au sérieux : "je deviens fou, si je dois rester tranquille" (34). Même s'il s'agit d'une métaphore, nous y trouvons la conscience du risque d'une décompensation grave dans le cas où elle ne pourrait plus être jugulée. Cette angoisse, ressentie presque en permanence d'une manière désagréable, entraîne des conduites d'évitement : vie rangée, organisée jusque dans les détails, fuite de l'imprévu, prévention de l'échec par le choix des activités "j'évite toutes les situations qui peuvent mal tourner" (10).

La cuirasse caractérielle décrite précédemment trouve ici sa justification profonde : derrière toutes les rationalisations fournies, elle

est la raison essentielle aux comportements étudiés.

Dans de rares cas (2), les conduites obsessionnelles se sont révélées suffisantes pour absorber l'angoisse libre. Mais en règle générale, nos patients déclarent tous un tempérament bilieux, hyperconscientieux, considéré comme la marque d'une vulnérabilité tellement importante quelle doit être cachée sous une apparence joviale, plaisante : "j'ai même fait rire les ambulanciers en arrivant à l'hôpital" (26).

"Ce qui semble donc caractériser ces sujets n'est pas tant la nature du conflit, que l'on retrouve à peu près semblable dans d'autres structures, mais la façon dont la personnalité réagit en face de ce conflit. Le coronarien essaie de nier son angoisse en la transformant en agressivité, qu'il exprime dans un comportement actif et combatif" DELTEIL.

Le comportement est fortement investi, donnant ainsi l'apparence d'un moi solide. Cette organisation de comportement se doit d'être utile, profitable, au détriment parfois du bonheur des autres, notamment de la famille : "j'ai sacrifié ma vie familiale à ma vie professionnelle" (11). L'entourage doit avoir une attitude passive pour supporter ce type d'organisation.

Cet agir continu prend parfois l'allure d'une fuite : "la journée, je ne pense plus, c'est le boulot" (16) ou "je travaille continuellement" (33) ou encore "je suis toujours sur les chapeaux de roue" (37), "une journée surchargée est une bonne journée" (38). Le concept de pensée opératoire de MARTY et de M'UZAN découle directement de ce qui précède. On retrouve la pauvreté du jeu identificatoire et de l'élaboration par la parole, le peu de distanciation fantasmatique, l'enlisement dans l'ustensibilité des objets et dans l'actualité, le doublage du langage par l'action. La pensée est vécue comme inquiétante, de ce fait, elle est inhibée et contrôlée "on dirait que je veux m'empêcher de penser"

(32). Ce contrôle et cette inhibition s'étendent même à l'interlocuteur, qui se trouve piégé par leur logique.

Ce qu'ils disent est fermé : leur phrase ne laisse pas la possibilité d'une élaboration ou d'une fantasmatisation.

La pensée symbolique et sublimatoire n'est pas valorisée et apparaît souvent comme complètement atrophiée. Le recul et la temporisation ne sont pas possibles en raison notamment de l'angoisse, comme nous le verrons plus loin. Ce type de pensée, basée sur le pragmatisme, s'avère être apprécié à l'extrême dans notre société technique, ce qui contribue à la renforcer.

L'adaptation à la technicité est bonne. Cela se retrouve dans le type de professions choisies (cf tableau). Le travail occupe, pour la plupart des patients, les deux tiers de l'entretien. Il est toujours au centre des préoccupations de nos sujets. Le vécu émotionnel y est beaucoup plus riche que pour les domaines qui seraient privilégiés : vie conjugale, familiale ou sociale. Toutes les angoisses latentes sont potentialisées dans ce domaine, presque exclusivement. Le but alimentaire de l'activité professionnelle n'entre pas en ligne de compte, bien que nous ayons examiné nos patients dans une période de grandes difficultés économiques (récession souvent importante suivant les professions). Pour mieux définir ce secteur de l'existence, laissons la parole à deux de nos patients, au sujet de leur entreprise : (44), (22) "c'est mon enfant, mon "baby". On voit donc apparaître dans cette phrase la notion d'un élément de complétitude, nécessaire et suffisant. Cette expression évoque par ailleurs immédiatement le désir de grossesse chez l'homme, tentative de solution au défaut fondamental balintien. Malheureusement, il s'agit ici d'un équivalent raté, c'est un ersatz qui échappe, contrairement à un enfant docile et soumis, car il est formé d'une somme d'éléments aléatoires, qui tôt ou tard courtcircuiteront les

contrôles du patient.

Lors de l'étude des situations déclanchantes, nous retrouverons le rôle de la vie professionnelle.

Nous déduisons de ce qui précède une capacité d'adaptation à la réalité considérable.

Seul entre en ligne de compte ce qui est concret, aucune perturbation venant de l'imaginaire ne franchit les barrières des contrôles établis. La pensée est aussi un acte, que l'on maîtrise. Nous n'observons donc pas de remise en question, de conflit intra-psychique amenant à un doute névrotique : "l'homme se définit par ce qu'il fait" (MALRAUX). La remise en question n'est pas nécessaire, car la réussite est constante. Ce pragmatisme de tous les instants fait de ces patients les sujets indispensables à la bonne marche d'un service. Un cadre supérieur nous a défini ainsi sa fonction ubiquitaire : "je suis le pompier de service" (21).

Un autre mécanisme de défense vient encore étanchéifier le système : la projection. Permettant la mise à distance, l'évitement du doute de soi, le report de tout événement contingent sur l'autre, ce n'est qu'avec l'infarctus que ce système se trouve pris à défaut.

Le goût pour la vie est très intense : le niveau thymique a toujours une connotation positive. "Je suis plutôt optimiste" (14) ou "mon dynamisme n'a que peu de possibilités de se manifester" (16). Cet optimisme prend parfois des allures de formation réactionnelle. En effet, si nous tentons de franchir cette barrière d'extraversion et de jovialité apparente, ce qui est parfois impossible au cours d'un entretien unique, nous nous apercevons que nos patients ne se font guère d'illusions sur le type d'existence qu'ils mènent et qu'il s'agit souvent là d'une défense dont la mise en place s'est avérée nécessaire pour éviter les effondrements (cf situation déclanchante).

Ces aspects très positifs de leur personnalité, cet optimisme inébranlable dont ils font preuve leur attire de nombreuses sympathies : ce sont des gens à qui l'on se confie volontiers. Ils en sont les premiers surpris, car, bien que cherchant constamment à se rassurer par leurs actes, le doute reste suffisamment important pour qu'ils ne s'attendent pas à de telles constatations. "Les coronariens sont remarquables par leur force apparente et l'extrême fragilité de leur défense" DUNBAR.

L'idéal du moi est de type mégalomane : "ma nécrologie sera pleine de mes réalisations" (25). Il est à la base de ce comportement de fuite en avant, de course au succès, de cette recherche effrénée de progression qui prend des allures de quête du Graal, tant elle n'a jamais de fin. Le succès ne leur apporte aucun apaisement, car ils revivent sans cesse la situation initiale de compétition, leur ambition n'étant jamais satisfaite (DELTEIL).

Comme corollaire, on y retrouve l'amour des responsabilités, la compétitivité. Si tous nos patients ne sont pas des cadres supérieurs, du moins, à de rares exceptions près, (cf tableau des professions), ont-ils tous obtenu un poste à responsabilité, indépendant et autonome dans une très large mesure. L'ambition est souvent présente : "je suis une raising star (étoile montante)" (21).

Nous y retrouvons la réminiscence du stade oral infantile, de la période de désir du sein. Lorsque celui-ci n'était pas obtenu, il était alors halluciné. Mais, lorsque cette tentative d'apaisement du désir se révélait insuffisante, alors le sujet se croyait mauvais, trop mauvais pour obtenir ce sein. Il était finalement convaincu qu'il devrait toujours chercher à être assez bon, à devenir bon pour pouvoir obtenir ce résultat et la gratification tant désirée (WINNICOTT). On trouve toujours ce sentiment de non valeur interne qui doit être continuellement réparé par l'acte.

JA ARLOW explique ce conflit par un trouble de l'identification au père, vécue d'une façon insatisfaisante, partielle, faite moins à partir de l'admiration que la crainte. L'image du père ayant été déformée par l'anxiété infantile. "Le sujet se considère comme un blanc-bec, qui s'est déguisé avec les vêtements du père et qui craint à chaque instant d'être surpris et puni .

Pour tenter de croire à son déguisement, le sujet joue son rôle le plus agressivement possible, son désir d'être convaincu explique son besoin de compétition compulsif et l'effet traumatisant de l'échec. Finalement, le sujet, convaincu qu'il n'est qu'une caricature de son père, n'arrive pas à être rassuré par les résultats positifs qu'il peut obtenir. C'est pourquoi il a toujours besoin de nouveaux succès pour apaiser son sentiment de doute." (fin de cit.)

Comme corollaire, nous trouvons le comportement à composante masochique de nos patients avec ce refus de la détente et du plaisir qui sont si caractéristiques. Tous les plaisirs doivent être utiles, concrets; ils ne sont jamais goûtés et appréciés pleinement, car ils ne sont pas vécus comme mérités et n'apparaissent en fait que comme des étapes dans une course sans fin. "Ils sont les martyrs de leur idéal". (DELTEIL).

Le surmoi est un des éléments les plus caractéristiques de cette personnalité. Tout comme l'angoisse, il présente deux aspects : le premier ayant des caractéristiques génitales, l'autre se révélant très archaïque. Nous y trouvons donc les traits d'un surmoi obsessionnel : instance internalisée rigide, sévère, exigeante. Le terme de devoir n'est pas un vain mot ici : "je dois faire un effort pour travailler" (45). Il est à l'origine de l'extrême intégrité, de la loyauté sans faille de nos patients. Ayant une ligne de conduite, ils la suivent jusqu'au bout. Ce sens du devoir est très aigu : plusieurs de nos patients nous ont dit faire des horaires plus chargés que leurs subordonnés, à titre d'exemple. Ce surmoi se révèle même parfois sadique et interdicteur

vis-à-vis des plaisirs : toutes les concessions faites le sont avec une nuance de reproche. "La bonne chère compte peut être un peu trop pour moi, je suis gourmand" (45).

Cette particularité a facilité notre investigation, car nos patients considèrent l'infarctus comme un châtiment ou parfois le prix à payer pour leur type d'existence. Ils recherchent très souvent la cause de celui-ci, se demandant pourquoi. Ce pourquoi est toujours moralisant. Il n'a pas l'aspect d'une question ouverte. Cela peut parfois aussi heurter leur sentiment de justice et d'équité. Le pourquoi apporte parfois sa réponse : il est inadmissible que j'aie fait un infarctus, moi qui est toujours mené une vie extrêmement organisée et éloignée de tout relâchement. Ce pourquoi est un reproche, il a une connotation morale, infantile.

Ce surmoi se trouve à l'origine du caractère très absolu, exigeant, du comportement schématique et rigide de ces patients, de leur discipline rigoureuse où le plaisir n'a pas de place.

Il comporte aussi un sentiment de culpabilité tellement intense qu'il explique parfois certaines limitations autrement incompréhensibles : "je ne veux pas me mettre en avant par autre chose que mon travail, je ne veux pas dénigrer les copains" (20) ou "j'aimerais être plus cynique" (11). Cependant, vu l'omniprésence de ce surmoi dans l'existence de nos patients, nous devons nous demander s'il n'a pas aussi une autre fonction. En effet, si nous pensons à l'importante angoisse précédemment décrite, et surtout à son aspect prégénital, nous nous rendons compte qu'il a aussi un aspect défensif. En interdisant l'inaction, la passivité, donc la réflexion, le doute et la remise en question, le surmoi prévient l'apparition de l'angoisse. Cette fuite en avant mise sur le compte du devoir empêche la perception de cette insupportable tension. "Le surmoi est une barrière contre les pulsions du ça, ou plutôt de

l'angoisse intolérable que ces pulsions engendrent dans le moi. Le surmoi, à ce point, devient simplement une défense parmi d'autres ...

Les caractéristiques particulières sont dues à sa formation par l'introjection d'objets parentaux" (JONES).

Cette fonction protectrice se révèle capitale pour l'équilibre de nos patients, sans cesse menacés par leurs pulsions, dont l'agressivité n'est pas la moindre et la moins dangereuse.

Dernier aspect de cette personnalité, la relation d'objet. Apparemment diversifiée, riche et pleinement vécue, cette relation comporte sans doute un aspect et une maturité post-oedipien. C'est partiellement le cas de nos patients au moment où ils quittent l'adolescence. Cependant, l'évolution de leur existence montre un certain clivage de la personnalité, une partie se comportant de manière adulte, l'autre régressant à un mode plus archaïque. Le passage d'un niveau de relation à l'autre s'effectue en fonction exclusive de la charge affective des objets.

Les secteurs peu investis de leur existence montrent un type de relation objectale dans laquelle prédominent le respect du partenaire en tant qu'individu indépendant et sexué sans qu'on y trouve le désir de le dominer ou de l'humilier, ce que l'on peut constater au travers de la stabilité conjugale et familiale des patients observés (cf statistiques), quand bien même interviennent aussi d'autres éléments (Surmoi). Ici, bon et mauvais objet sont confondus dans le même temps et la même entité.

C'est dans le travail et les loisirs parfois, activités fortement investies d'énergie libidinale, que nous pouvons observer l'autre pôle de cette personnalité, et cela d'une manière frappante. Nous y voyons en quelque sorte la nécessité d'investir un secteur existentiel comme

bon, exclusivement, tout au moins jusqu'à l'apparition de la situation déclanchante. L'ambivalence ne se manifeste pas à ce niveau, déni et projection étant largement utilisés à titre protecteur. Le travail (ou certains loisirs) est le bon objet, auquel on peut en toute confiance consacrer son énergie.

Ces activités donnent parfois l'impression de jouer un rôle d'objet transitionnel, permettant les échanges affectifs, cette mobilisation des affects, autrement trop massifs, étant vécus comme inquiétants. Comme nous le verrons dans l'étude de la SD, tout un secteur de la vie de nos patients s'organise sur un mode prégénital, ce qui permettra de comprendre le type de réaction et la somatisation finale, le conflit intrapsychique et son élaboration n'étant pas encore possible à ce stade.

SITUATION DECLANCHANTE

Quel que soit l'âge auquel l'infarctus survienne, il ne nous est jamais apparu comme le résultat d'un hasard. Bien plus, il nous a semblé être l'aboutissement logique d'un processus que l'on pourrait faire remonter à l'entrée dans la vie adulte, soit entre 20 et 30 ans. Nous observons à ce moment un mouvement qui atteindra son paroxysme peu avant l'infarctus. Dans 45 % des cas, ce mouvement se situe dans le domaine professionnel; du fait de la structure précédemment envisagée, ces patients vont s'engager, avec plus ou moins de bonheur, dans une course incessante vers le succès, la domination, la puissance; tout d'abord par rapport aux autres, parfois, s'ils le peuvent, contre eux-mêmes. L'angoisse et la tension liées à cette compétition sont elles-mêmes source de plaisir. Et cette anxiété érotisée renforce ce mouvement de quête du pouvoir, en lieu et place d'agir comme élément modérateur.

Cette course se caractérise par une promotion socio-professionnelle continue parfois remarquable, comme nous l'avons vu. Grâce à leurs qualités, ils sont toujours choisis de manière préférentielle pour l'avancement. Dans quelques cas, bien sûr, pour des raisons personnelles, souvent subjectives, on leur substituera d'autres collaborateurs. Mais en règle générale, un processus régulier s'installe, qui nivellera progressivement toute limitation au sentiment de toute puissance de ces sujets. N'ayant jamais subi d'échec, ils ne doutent jamais d'eux-mêmes; ne doutant jamais d'eux-mêmes, tout leur est permis. Ils peuvent tout envisager. Servis par une énergie sans limite, ils se prennent à ce jeu. Leur appétit de réussite, de succès, de promotion devient insatiable. Parvenus au sommet, ou lorsque la promotion n'est plus possible (pour des raisons de formation, d'ancienneté définie avant que le sujet ne se soit engagé dans la course et qui sont acceptées par avance comme données de base).

La compétition peut alors s'engager avec eux-mêmes. Rien ne leur résiste, ils sont l'homme indispensable de toutes les situations, qu'il soit réparateur en machines, magasinier ou chef d'entreprise.

Le contrôle omnipotent s'installe peu à peu. Le sujet peut y croire, peut le vivre puisque cela réussit. Il s'ensuit alors ce que l'on pourrait appeler une période d'état, d'installation, qui va précipiter la décompensation. Ce recul des limites, longtemps ressenti comme un plaisir, devient à son tour générateur d'une angoisse du vide : que va-t-il se passer s'il n'y a plus d'au-delà ? Parallèlement, un sentiment trop présent d'existence des limites peut se révéler anxigène et dépressiogène, car le mouvement n'est pas vécu comme possible à l'intérieur de celles-ci. Dans les deux cas, l'échec et l'angoisse se trouvent en germe et leur intensité ne fait que croître tout au long de l'existence des patients. Leurs seule issue, tout au moins aussi

longtemps qu'elle sera fonctionnelle, se trouve être la dénégation. Dès ce moment s'amorce un double mouvement : on note tout d'abord, et bon nombre de patients en font spontanément la remarque, un certain changement dans la structure : "depuis 6 mois, je baisse, j'ai un pied dans la tombe, je ne me reconnais plus" (14) ou "je suis moins exigeant vis-à-vis de moi-même et des autres" (37). Les bouffées agressives, explosives, de rage ou de colère que les patients décrivaient se raréfient, voire disparaissent. A un certain âge, ou dans certaines situations, il n'est plus permis de s'exprimer ou de se décharger de n'importe quelle manière, "je ne peux plus me le permettre" (21). Ne pouvant être l'objet d'un contrôle absolu, ces épisodes, devenus rares, prennent une dimension quasi caricaturale, deviennent mémorables, mais de ce fait, perdent tout effet cathartique.

La progression, sorte de fuite en avant que nous avons observée, s'étant ralentie, le temps de réflexion, du doute, s'installe. Même si la lutte est alors engagée contre soi-même, dans le but de dépasser ses propres limites, l'intérêt pour la compétition s'émousse insidieusement. Progressivement apparaissent certains symptômes de la série dépressive, mais paradoxalement, sans aucun trouble de l'humeur; à la rigueur pourrait-on mentionner une diminution de leur présentation d'allure hypomaniaque : "je passe pour être moins drôle" (8) ou "je suis moins rigolo qu'il y a 10 ans". Nous constatons aussi : perte de la libido, troubles du sommeil (endormissement plus difficile, réveils nocturnes ou précoces). Diminution discrète de l'intérêt pour le travail.

Parfois conscience de l'involution prochaine ou présente. Fatigabilité accrue. Renforcement des tendances projectives ou, au contraire, mais plus rarement, apparition du doute : "j'ai cru trop longtemps que j'y arriverais" (20). Perturbations de l'appétit : souvent hyperphagie atteignant parfois la boulimie compensatrice, prise de poids, augmenta-

tion de la consommation de tabac : "je fumais plus, je n'arrivais plus à me dominer" (8). Parfois, paradoxalement, arrêt complet de la cigarette. Cet arrêt a souvent lieu dans l'année qui précède l'infarctus (peut-être se fait-il aussi sur recommandation médicale, consécutive à l'apparition d'angor). Bien qu'autrefois gros fumeurs, les patients stoppent définitivement avec une certaine facilité et ne rechutent pas.

Dans ce contexte généal survient alors l'événement déclanchant : qu'il s'agisse d'un conflit interpersonnel, d'un incident professionnel, d'un accident d'automobile, d'une erreur ou d'une insuffisance, nous retrouvons toujours la même constatation, le même terme : échec. Un échec qui sera retentissant, térébrant. Longuement ruminé par le patient, il sera à l'origine d'un mouvement de révolte. La bouffée agressive n'est cependant plus possible. Soit qu'elle ne soit pas de mise dans ces circonstances, soit que le patient ne la juge pas utile bien qu'il reconnaisse toujours qu'autrefois elle aurait servi de décharge nécessaire et suffisante, toujours en est-il qu'elle n'a pas lieu. "j'ai ruminé, je n'ai rien pu sortir" (45). Aucune voie d'échappement n'est possible : les fantasmes sont frustes et directs : "les orteils m'on démangé" (18) ou "j'aurais voulu casser la figure de ce voleur" (30) ou "j'aurais voulu planter mon marteau dans son crâne" (35). Le patient se trouve alors face à lui-même, face à ses qualités et ses défauts d'homme. Brutalement, tout le système dans lequel il avait vécu s'écroule : "je me suis fait avoir" (30) ou "ça a été vexant pour moi" (34) et (39) ou encore "c'était une chute morale, j'avais pieds et poings liés" (17), "j'étais impuissant" (17), (22), enfin : "c'était comme si une maison me tombait dessus" (3). Ces considérations doivent être lues en tenant compte des tendances à la rationalisation et à la banalisation liées au caractère précédemment décrit. Le doute, l'angoisse si souvent refoulées, et avec le

succès que l'on sait, réapparaissent. Le surgissement des limites dans l'existence devient objet d'une insupportable angoisse. L'événement déclanchant donne lieu à une rumination obsessionnelle.

Le patient ne vit plus que pour ce problème, cet échec, cet objet de résistance et de destruction, dont la spécificité est au conflit intrapsychique ce que la clef est à la serrure (pour reprendre l'image de BECK).

C'est dans ce contexte que l'infarctus surgira, quelques semaines ou quelques mois plus tard. Le délai peut être long, car il s'agit de l'écroulement de tout le système existentiel dans lequel le patient a vécu jusqu'alors. Souvent pressenti, il ne constitue guère une surprise, quand bien même la santé antérieure de ces patients soit excellente. L'infarctus est fréquemment le motif d'une première hospitalisation ou consultation d'urgence. Malgré cela, plus d'un patient nous a confié qu'il s'y attendait, que cela n'est que l'aboutissement logique d'un mode de vie déshumanisé.

Si nous cherchons à voir ce qui s'est passé, nous nous apercevons que la SD a été la cause d'une dévalorisation totale de nos sujets. On se trouve en effet à un niveau de réaction très archaïque, viscéral : le niveau du tout ou rien.

Le patient est littéralement blessé au coeur de son existence, il n'a plus qu'à disparaître. Ce bouleversement existentiel est suffisant pour entraîner un phénomène tel que l'infarctus. Bien que les mécanismes physiopathologiques de cette affection soient encore mal connus, on sait qu'il n'est pas nécessaire qu'il y ait véritablement obstruction, un spasme coronarien pouvant se révéler suffisant. Voilà pourquoi, tel un coup du sort qui aurait frappé sa victime en plein coeur, on peut envisager que de tels sujets vont jusqu'à la destruction physique, la crise cardiaque, l'infarctus.

En résumé et dans des termes plus théoriques, si nous cherchons à dégager les traits communs de toutes ces situations déclanchantes, nous constatons qu'il s'agit dans tous les cas d'une blessure narcissique extrêmement importante et profonde. Nous avons toujours affaire à un événement particulier, extraordinaire au sens littéral, quand bien même il est aussitôt saisi et jugé comme bénin par le moi du patient. Cependant, les mécanismes de défense sont toujours débordés : la banalisation, la rationalisation, parfois-même les tentatives de refoulement et d'annulation ne sont pas suffisantes pour empêcher le processus. L'objet préférentiel du patient se trouve brutalement désinvesti, parce que dévalorisé. Cette dévalorisation par atteinte narcissique est suffisante pour entraîner un retrait, un arrêt de l'écoulement de la libido objectale, comme dans la dépression. Ce retrait objectal sera à l'origine d'un processus régressif. La dissolution des relations objectales précipite la chute de la libido d'étape en étape jusqu'au stade ultime du retrait narcissique complet, terminal, parfait : la mort.

Le patient vit ces événements comme signifiant : "je n'ai plus qu'à disparaître". Ce n'est pas par hasard qu'il est touché au centre de son existence, au coeur de la vie, comme le dit si bien le langage populaire. Ce sentiment de mort se fait si intense qu'il finit par se "corporer", pour reprendre une expression tirée des théories existentielles. (BOSS).

Nous n'observons aucun mécanisme protecteur, aucun arrêt de la régression à un stade moins primitif que celui du narcissisme primaire. Ce qui ne permet pas l'introjection de l'objet aimé, contrairement à ce que l'on observe dans la mélancolie, incorporation qui serait alors protectrice pour le patient, puisque permettant un conflit intrapsychique. Cependant, la crainte que l'on retrouve chez nos patients

est semblable à celle du déprimé : ils redoutent avant tout une existence au rabais, et cette hantise va se retrouver tout au long de la réadaptation, parfois ultérieurement, jusqu'à être à l'origine de certaines rechutes par abstention thérapeutique : "pour me protéger, je vais adopter une mentalité de vieillard" (25).

DISCUSSION

Note concernant la personnalité

Faute d'avoir eu la possibilité de suivre des patients en psychanalyse, nous en sommes réduits à des hypothèses en ce qui concerne certains aspects précis de la personnalité de nos patients. En effet, le degré d'intimité que l'on peut établir avec un sujet hospitalisé est limité et ne permet pas de connaître vraiment son vécu infantile et la genèse de sa personnalité.

Nous avons placé l'essentiel de leurs caractéristiques de personnalité sous le signe de l'analité. On pourrait y voir aussi d'importantes fixations sadique-orales, phase ambivalente, de remise en question permanente. La boulimie de ces malades pour une activité constante, l'absence d'apaisement consécutif laisse planer de nombreuses inconnues.

Qu'en est-il de la petite enfance de ces patients, notamment en ce qui concerne leur relation avec leur mère ? Était-elle elle-même trop rigide ou sadique pour admettre les exigences de l'enfant ou celles-ci étaient-elles telles que la mère ne les supportait pas, entraînant par là une absence perpétuelle de sentiment de réplétion, donc de complétude, d'élation. Ce défaut primitif pourrait en effet se trouver à l'origine de cette incapacité de rester tranquille, de cette quête effrénée d'apaisement que nous avons décrites précédemment. Ce sentiment de non valeur interne, devant être continuellement répa-

ré par l'acte, est-il le résultat d'un sein, jamais vécu comme totalement bon ou le même sein était-il le support de toutes les projections mauvaises de l'enfant, donc de ce fait totalement mauvais (par sein nous entendons l'ensemble des techniques de maternage, y compris la mère, selon WINNICOTT). Les origines de la quête du pouvoir et des responsabilités sont bien définies par FENICHEL lorsqu'il décrit le caractère anal : "Le fait que l'enfant en rétention trouve une satisfaction narcissique dans sa capacité à contrôler ses sphincters est également un point de départ pour des sublimations ou des formations réactionnelles. Un désir puissant du pouvoir peut dériver du sentiment de pouvoir qui accompagne le contrôle des sphincters. Le pouvoir désiré peut être obtenu à travers le self-contrôle ou le contrôle des autres personnes, et le désir ardent de ce pouvoir est en général déterminé par la crainte de perdre sa self-estime". Ces quelques éléments montrent à quel point il serait intéressant de psychanalyser des patients victimes d'infarctus pour préciser les données fournies par la clinique.

Note sur la SD

L'hypothèse d'une dépression, donc d'une perte d'objet à l'origine de la SD pose le problème du type d'objet perdu, et si fortement regretté. Il se pourrait que ce soit la possibilité de réassurance par le succès, mécanisme qui finit par disparaître de lui-même, toute compétition ayant en fait des limites naturelles et prédéterminées.

JOFFE et SANDLER pensent que le succès est vécu paradoxalement par certains patients comme un éloignement ou une perte de "l'idéal", d'où une réaction dépressive, d'où aussi le développement chez ces patients de symptômes les prémunissant de la dépression.

La dépression est en fait un progrès pour ce type de structure, partiel cependant, puisqu'elle est incomplète, laissant une part impor-

tante à la symptomatologie physique. Cette dépression incomplète pourrait être interprétée comme l'échec des mécanismes de défense contre l'angoisse des persécuteurs projetés.

Le patient ruminerait alors longuement la perte de ce mécanisme protecteur. Cependant, l'évolution de ce type de personnalité vers l'infarctus plutôt que vers un autre type de décompensation donne lieu à de nombreuses hypothèses.

FENICHEL, parlant de l'évolution des névroses obsessionnelles, mentionnait la même préoccupation : "il n'est pas facile de dire ce qui peut déterminer l'évolution de la maladie soit vers un plafond, soit vers une progression continue. Une complication pouvant se produire même dans les cas légers, et la rupture d'équilibre sus-mentionnée, maintenue jusque-là par des limitations compulsives du Moi".

Appréciation de la SD

Dans l'introduction, nous avons déjà abordé certains des aspects relatifs à l'appréciation de la SD et de l'intérêt que peut revêtir son insertion dans un contexte étiopathogénétique. Il est bien clair que, s'agissant d'un phénomène existentiel ayant des répercussions essentiellement psychologiques, les critères d'appréciation ont dû se moduler sur ces particularités. Pour choisir, parfois parmi plusieurs événements possibles, celui que nous avons qualifié de déclanchant, nous avons dû prendre en considération d'innombrables éléments de communication non verbale, tels que changements d'humeur, d'attitude, d'intonation. Les mécanismes de défenses liés à la structure de ces patients sont alors en effet mobilisés à l'extrême : la banalisation ou la rationalisation dépouille l'événement de son contexte émotionnel. Parfois, les patients ruminent longuement cette SD afin de lui faire perdre tout caractère angoissant, ce qui permet de l'évoquer sans dysthymie apparente. S'agissant en effet d'un événement dont la résonance individuelle prend spécifiquement de l'importance, nos sujets réalisent parfaitement qu'ils sont, seuls parmi leur entourage, con-

cernés. Ce caractère de spécificité peut d'ailleurs étonner. La SD, exposée d'une manière calme et neutre, pourrait apparaître comme un événement banal. Dans bien des cas, son aspect pathologique est en effet très discutable, tant il est vrai que, appliquée à un certain nombre d'individus, elle entraînerait pour eux aucune conséquence fâcheuse. Ce n'est qu'après l'avoir intégrée dans le contexte existentiel du sujet et parce qu'elle s'est révélée pathogène, que nous pouvons la qualifier de pathologique, et non le contraire.

Une autre des caractéristiques de cette SD se trouve dans la constance des répercussions qu'elle entraîne, telles que nous les avons vues dans le précédent chapitre. A posteriori, cette particularité nous a poussé à poursuivre notre recherche. Il y a en effet un mécanisme dont nous avons découvert certaines propriétés et qui s'est toujours déroulé de la même manière chez nos patients.

Tout dans notre recherche est en effet basé sous le signe de la constance : constance de la personnalité, du type d'événements pathogènes, constance du moment de l'existence où survient l'infarctus, etc. A tel point que tous les soignants de l'équipe de réadaptation en étaient frappés et en faisaient souvent la remarque.

Dernier critère d'appréciation de la SD, le patient lui-même. Nous avons dans bien des cas, reconstitué devant le malade l'histoire de son affection. En effet, l'entretien ayant quelque peu disséqué la continuité du récit anamnétique, nous tentions souvent de rassembler ces éléments en un tout cohérent. Régulièrement, nos patients, même les plus sceptiques, reconnaissaient la SD comme un événement littéralement extraordinaire de leur vie.

Bien entendu, il nous manque encore de nombreux éléments, et c'est le cas de la médecine psychosomatique, pour franchir la hiatus qui sépare les causes de leurs effets, de la SD à l'infarctus. Quand bien

même nous sommes acquis à une étiologie multifactorielle, nous ne savons comment disséquer ce que les Daseianalystes appellent "la corporation" d'un événement. Nos connaissances de psychophysiopathologie sont encore trop modestes, peu de progrès ont été accomplis depuis qu'ALEXANDER proposait son schéma dualiste. Nous ne pouvons qu'établir une corrélation sur une base statistique, sans pouvoir hélas pénétrer à l'intérieur de l'organisme atteint.

Un élément doit cependant être ajouté, presque à titre de preuve : l'intérêt dont les spécialistes du service de cardiologie ont entouré notre travail. Tout au long de notre recherche, nous avons eu la conscience de clarifier et d'apporter quelques données nouvelles à la masse des connaissances acquises ou de préciser certaines impressions subjectives. Ce fait ne peut être négligé, tant il est vrai que seule une approche multidisciplinaire peut espérer un jour prévenir cette maladie.

Problème du délai entre SD et infarctus

Nous n'avons pratiquement pas parlé du délai séparant la SD de l'infarctus. Il nous est en effet apparu qu'il était d'une importance très relative. Nous avons vu que HAHN (op cit) avait limité son observation aux 72 heures précédant la survenue de l'affection. Cette recherche s'est soldée par un échec. S'agissant en effet de la sphère psycho-affective d'un être humain, il est bien clair que le temps ne s'y écoule pas régulièrement. De plus, la constitution de l'affection semble prendre un certain temps.

Par exemple : le patient no 35 a éprouvé les premières précordiales 3 heures après la SD, mais ce n'est que 4 semaines après cet événement qu'il a été hospitalisé.

Pour le patient no 25, la SD a eu lieu 8 jours avant l'hospitalisation. Pour le patient no 19, la SD (échec professionnel) a eu lieu avant les vacances de fin d'année; l'infarctus ne s'est déclaré que 3 semaines plus tard, la veille de la reprise du travail.

Le temps que nous avions à disposition pour investiguer nos patients ainsi que le type de relation, n'ont pas permis une étude sur les mécanismes de réactivation, de reviviscence des conflits. Nous pensons en effet qu'ils peuvent être larvés pendant de nombreuses semaines, puis être réactivés d'une manière aiguë et déterminante à un moindre incident du même type.

Nous avons pu observer, notamment chez le patient no 32, que nous pouvions avoir affaire, parfois, à une sommation d'événements aux caractéristiques semblables, l'importance particulière de l'un d'eux ne ressortant pas du contexte, dans l'esprit du patient.

La psychologie a suffisamment développé le problème du temps subjectif pour que ce sujet ne soit pas repris ici. Souvent, d'ailleurs, nos patients se remémoraient parfaitement l'événement, avec une intensité de vécu tout à fait remarquable, mais ne le situaient que très peu précisément dans le temps. Malgré toute leur bonne volonté, il leur était parfois impossible de préciser la date exacte de la SD, certaines particularités revêtant une importance bien plus considérable que d'autres.

Patients sans SD

Nous n'avons pas trouvé de SD chez 8 patients, soit 18 % des cas. Bien que la structure et les facteurs de risques se soient révélés sensiblement identiques, notre hypothèse à ce sujet est la suivante :

Les défenses, étaient beaucoup plus apparentes, notamment la mise à distance de l'interlocuteur, dès lors que celui-ci pouvait remettre

en question certains éléments.

Les mécanismes utilisés en outre étaient les mêmes : fausse jovialité, contact apparemment facile et bon, permettant de maîtriser la distance, d'éviter un trop grand rapprochement par la manipulation et le contrôle du dialogue, dénégation obstinée de la possibilité même de l'existence d'un tel phénomène. Le patient semblait parfois nous dire au cours de l'examen (sans le verbaliser expressément) : "il est inadmissible qu'un tel événement ait pu me toucher". Dans d'autres cas, le malade semblait extrêmement inquiet à l'idée qu'une situation de ce genre ait pu exister. Il cherchait alors manifestement à détourner la conversation et l'examineur de sa personne, tant l'angoisse soulevée par cette reviviscence était encore importante (12).

La fragilité narcissique, plus évidente, exigeait la mise en place de telles défenses, car la solidité du Moi n'était pas suffisante pour assumer la remise en question proposée pendant l'entretien.

Un certain continuum s'est établi entre patients avec et sans SD. Deux patients, en effet, (no 25 et 35) nous ont fait rappeler 24 à 48 heures après l'entretien pour nous citer la SD. Le refoulement et l'annulation jouaient ici un rôle particulièrement important. Dans l'un des cas, il s'agissait d'un accident de circulation avec lésions corporelles de la victime, survenu 8 jours avant l'infarctus, dans l'autre, d'un échec professionnel grave suivi quelques heures après des premières précordialgies. Au moment du deuxième entretien, ces deux patients étaient stupéfaits d'avoir pu omettre un tel événement et ne comprenaient pas les mécanismes d'un tel oubli si peu conforme à leur structure, à la connaissance qu'ils avaient d'eux-mêmes.

Une autre des particularités du groupe des patients sans SD est que, dans l'ensemble, ils nous sont apparus comme ayant une structure plus

exclusivement obsessionnelle, au détriment des fixations orales mentionnées précédemment, nous offrant parfois un contact totalement dévitalisé (1), (9), (11).

L'inhibition du fantasme et de la pensée par le contrôle étaient alors tels que l'entretien se limitait parfois de lui-même, et ne permettait pas une investigation en profondeur.

Nous n'avons cependant pas toujours été convaincu qu'il n'y avait pas de SD, mais bien plutôt qu'il n'était pas possible de la découvrir dans les limites de temps que nous disposions. Il nous a semblé qu'une approche plus progressive, associée à une sensibilisation et une dédramatisation du vécu intérieur aurait pu donner les résultats escomptés.

Groupe de contrôle

Bien que nous n'ayons pu voir de patients âgés de moins de 40 ans dans notre groupe de contrôle, celui-ci s'est révélé être relativement homogène quant à la répartition au sein des classes d'âge, ainsi que des activités professionnelles.

Les quinze patients qui ont formé ce groupe nous ont toutefois permis de constater plusieurs différences fondamentales avec les coronariens examinés :

La structure de personnalité, comme il était possible de le prévoir, a varié dans une très large mesure, allant de la névrose bien structurée aux états limites, sans oublier les "névroses d'organes" (maladies psychosomatiques) toujours bien représentées en milieu hospitalier. Du fait de cette diversité, nous n'avons jamais eu l'impression d'une corrélation étroite entre structure psychologique et affection actuelle. Les patients avaient parfois souffert d'une maladie secondaire à

certaines de leurs problèmes psycho-affectifs (par exemple poly-névrite ou cirrhose chez les alcooliques, maladie ulcéreuse, etc), mais pouvaient aussi être hospitalisée pour des raisons apparemment dues au hasard, c'est-à-dire consécutives à des facteurs que nous ne sommes pas à même de définir plus précisément.

L'affection actuelle, comme nous venons de le voir, s'inscrivait plutôt dans un continuum de pathologie somatique, avec ses améliorations et ses rechutes, l'hospitalisation n'intervenant par ailleurs pas toujours dans un but thérapeutique, mais souvent diagnostique. La date de l'hospitalisation n'était pas fonction exclusive d'un état d'urgence, mais se déterminait aussi pour des raisons pratiques (situation sociale du patient, personnel soignant réduit pendant les fins de semaines, etc).

L'entrée à l'hôpital apparaissait souvent au patient, et à son médecin-traitant comme la conséquence inéluctable de la maladie en cours, et de son état d'aggravation progressif.

De par ces éléments, la notion de situation déclenchante, s'est révélée moins adéquate pour définir le seuil d'aggravation d'une affection, au-delà duquel l'hospitalisation se révèle nécessaire. Le nombre d'associations spontanées entre la maladie actuelle et le contexte psycho-affectif s'est montré fort réduit, l'hospitalisation n'ayant pas surpris les malades par la soudaineté de son apparition.

La recherche d'une SD a été souvent plus difficile, les maladies cardio-vasculaires étant connues comme des affections conditionnées en partie par un mode de vie pathogène, ce qui entraîne une certaine culpabilité chez le malade qui en est atteint, culpabilité qui facilite l'anamnèse et motive le patient pour en rechercher les causes, alors que les autres affections échappent souvent à cette particularité, en dehors peut-être de l'alcoolisme et de ses complications secon-

daïres.

Dans bien des cas, les patients examinés opposaient un déni massif à toute possibilité d'intrication psychologique dans l'affection actuelle, banalisaient leurs difficultés possibles et semblaient même rassurés de pouvoir opposer une maladie somatique bien réelle au doute que nous tentions d'insinuer en leur suggérant la possibilité d'un conflit intra-psychique.

Très souvent, dans ce groupe de contrôle, nous avons eu le sentiment d'un clivage entre le patient et sa maladie, celle-ci étant en quelque sorte un mauvais objet introjecté, mais n'appartenant pas au patient, et dont il faut se débarrasser sur un mode magique et qui exclut toute participation psychologique au phénomène de santé ou de récïdive. En d'autres termes, la distance entre individu et phénomène morbide nous est apparue comme beaucoup plus importante. La notion de structure de personnalité intervient aussi alors comme élément facilitant le travail que nous avons entrepris, confirmant ainsi par la négative l'impression d'unicité que nous avons éprouvée avec les coronariens.

Ces quelques considérations nous amènent à envisager le taux très bas de SD trouvé, soit 20 % dans ce groupe de contrôle contre 80 % pour les coronariens, comme preuve indirecte de la justesse de notre hypothèse de départ, relative à la spécificité de certaines entités nosologiques et de leur étiopathologie psychosomatique. Il ne s'agit pas là d'un hasard dû à une série donnée de patients, mais bien d'une réalité propre à la médecine.

Thérapeutique

Tout au long de notre recherche, nous avons été fréquemment sollicité par l'équipe de réadaptation en vue de proposer des mesures thérapeu-

tiques, notamment pour certains patients hospitalisés pour la deuxième ou la troisième fois ou pour ceux dont le mode de vie laissait prévoir une rechute prochaine.

Dans cette attente d'une solution thérapeutique, nous avons retrouvé l'attitude très ambivalente qu'éprouvent les profanes à l'égard de la psychiatrie. D'une part, on imagine le "changement de personnalité" comme une chose parfaitement possible, investissant par là le thérapeute d'une toute puissance dont il ne dispose pas, ou alors, au contraire, on manifestait à l'égard de notre intervention la complaisance polie que l'on réserve aux illuminés de toute sorte.

La vérité, comme toujours, se situe entre ces deux extrêmes.

HAHN, (op cit) a organisé des groupes thérapeutiques dont il contrôlait les résultats en comparant les profils de personnalité selon le MMPI avant et après le traitement. Nous ne savons malheureusement rien des résultats à long terme.

Les possibilités thérapeutiques semblent assez restreintes à longue échéance, si l'on ne veut pas se limiter à quelques cas d'espèce.

La personnalité de nos patients, essentiellement projective comme nous l'avons vu, les prédispose peu à cette remise en question durable qui est à la base des thérapies d'inspiration analytique.

Bien que nous soyons restés très prudent sur ce sujet pendant notre recherche, évitant de conclure trop rapidement avant de disposer d'une masse de données et d'une base statistique suffisante, nous avons été amenés cependant à faire certaines propositions à nos patients, soit directement, soit par l'intermédiaire de leur médecin-traitant. Nos suggestions se sont révélées être de nature variée, tenu compte des possibilités de l'hôpital et de nos patients.

Médicaments : il est fréquent que l'infarctus, premier épisode morbide chez des patients ayant toujours joui d'une santé excellente, déclanche

des états anxieux importants.

Bien que l'encadrement dont ils disposent dans le cadre de l'hôpital et de l'équipe de réadaptation contribue largement à les sécuriser, une sédation à l'aide d'anxiolytiques, essentiellement des benzodiazépines, a été fréquemment recommandée. Parfois, elle avait été spontanément demandée, comme ce patient qui nous confiait : "j'ai demandé qu'on me gave de calmants afin que je ne voie pas le temps passer !".

Nous aurions été tenté à plusieurs reprises de prescrire des médicaments antidépresseurs, essentiellement des tricycliques, mais cela n'a pas été possible vu leur action inconnue sur des myocardiopathies fraîchement lésées.

Nous le regrettons beaucoup, car, comme nous l'avons vu dans le chapitre décrivant le contexte dans lequel la SD survient, nous rencontrons fréquemment des états dépressifs masqués, voire des états dépressivo-anxieux pouvant justifier un traitement énergique. En effet, certains patients nous ont montré une évolution qui pouvait soit se diriger vers une fixation anxieuse, névrotique, pouvant entraîner un sentiment d'atteinte permanente de l'intégrité corporelle, nécessitant constamment les plus grandes précautions et dont la conséquence la plus directe est qu'ils se comportaient comme des invalides presque complets; soit des bouffées anxieuses suivant le retour à domicile et amplifiant de manière très importante des précordialgies bénignes ou même des cénesthésies et entraînant une réhospitalisation pour suspicion de nouvel infarctus.

Ces deux types d'évolution se révélaient tous deux défavorables au patient, accusé cette fois d'exagérer sa symptomatologie et de ne pas avoir tiré la leçon de son hospitalisation, attitude diamétralement opposée à celle dont il fut entouré à l'occasion de son pre-

mier séjour. Il devient pour le coup un malade imaginaire, un récidiviste indésirable n'ayant plus rien à voir avec la médecine somatique et pour lequel seul le psychiatre peut envisager quelque traitement.

Une autre attitude, tout aussi critiquée par ailleurs, est celle de ce patient, qui, à peine sorti de l'hôpital, a ramé vigoureusement, a scié du bois, à la suite de quoi, il a été réhospitalisé pour extension de son infarctus. L'excuse invoquée par celui-ci était qu'on ne lui avait pas spécifiquement interdit ces deux activités, la parade était sa requête d'une liste exhaustive des travaux et efforts qui lui étaient médicalement autorisés. Il avait visiblement refoulé tout son passé récent, au grand dam du corps médical. Cette attitude pourrait passer pour caricaturale; elle n'est malheureusement que trop fréquente, il n'est que de faire l'anamnèse des patients hospitalisés pour leur deuxième ou troisième infarctus. Leur croyance dans leur toute puissante invulnérabilité n'est entamée que brièvement, la restauration de leurs défenses est extrêmement rapide.

Ce contexte nous amène à envisager un autre type de traitement à visée plutôt préventive. Nous pensons aux psychothérapies.

Nous laissons de côté la psychanalyse, étant donné l'âge, le type de personnalité et le peu de motivation à long terme de nos patients. Il existe un moment privilégié pour entreprendre un tel traitement : le temps de l'hospitalisation.

Les avantages en sont les suivants : actualité de la maladie, brèche dans le système défensif, voire même décompensation, considération selon laquelle la maladie est le prix à payer pour un type d'existence, contact avec la maladie et celle des autres, régression obligatoire due au type de traitement hospitalier, sensibilisation aux échanges interhumains. Les inconvénients sont cependant loin d'être

négligeables : brièveté de l'hospitalisation (15 à 25 jours en moyenne). Alitement obligatoire dans une unité de soins intensifs peu propice au contact individuel pendant les premiers jours de l'hospitalisation, puis changement de service avec l'adaptation que cela implique, nécessité d'une investigation approfondie avant de pouvoir choisir le type de traitement, investigation qui implique, pour être faite dans les délais, une grande disponibilité du psychiatre. Nous préconiserions donc une approche individuelle, à but investigateur et informatif, voire même didactique, suivie d'une thérapie groupale, sur le type du groupe ouvert, seul permettant d'absorber les patients au fur et à mesure de leur hospitalisation.

Les buts devraient être modestes : sensibiliser le malade à ce qui peut être pathogène dans sa manière d'exister, renforcer celles de ses défenses qui doivent l'être afin d'éviter les décompensations mentionnées précédemment, offrir une approche vers un nouveau champ d'investissement évitant la répétition parfois inexorable de la maladie, préparer si nécessaire le patient à une thérapie individuelle plus approfondie.

Pour atteindre ces objectifs limités, il nous semble qu'une présence minimale de 4 heures devrait être réalisée, à raison de deux séances hebdomadaires de 1 heure environ.

Le groupe peut présenter les avantages suivants : sécuriser le patient par un contact collectif donc moins angoissant parce que dilué, tout en faisant ressortir avec plus d'acuité les éléments pathologiques, tant il est vrai que l'autre peut offrir un fidèle reflet de soi-même. La sécurisation serait aussi obtenue par la confrontation du patient avec d'autres malades souffrant de la même affection, permettant par là de le sortir de son isolement. Sur le plan pratique, le groupe représente une importante économie de temps pour le théra-

peute, car les patients sont nombreux et il n'est pas souhaitable d'instaurer un délai de latence entre l'hospitalisation et la consultation psychiatrique.

Nous n'excluons pas les thérapies individuelles de longue durée, mais notre expérience nous a montré que la motivation diminuait à une allure inversement proportionnelle au délai séparant la sortie de l'hôpital de la reprise du travail.

Nous pensons surtout aux thérapies corporelles, notamment à la relaxation.

Au vu de la personnalité de ces malades, il nous semble que la méthode de SCHULTZ leur conviendrait mieux, de par son caractère directif. Cependant, certains patients, particulièrement ouverts et motivés, pourraient bénéficier d'une approche plus dynamique, soit par l'intermédiaire de la relaxation selon AJURIAGUERRA, soit éventuellement par une psychothérapie d'inspiration analytique.

Ces traitements resteront cependant l'exception, car un long travail d'intériorisation s'avère nécessaire de la part de ces patients, peu ouverts par nature à tout ce qui n'est pas totalement concret. Les résistances ne sont pas toutes à mettre sur le compte des malades, de nombreux soignants se refusant à admettre tout contexte psychologique à une maladie aussi notoirement organique.

Il est possible que cet état d'esprit se modifie par la suite.

Preuves en sont données par la remarquable facilité avec laquelle le traitement, qui a passé de l'alitement strict à la mobilisation précoce, a pu être instauré et aussi l'intérêt de l'équipe de réadaptation et de la plupart des malades pour cet aspect de la maladie coronarienne.

Prophylaxie

Il semblerait possible, au vu des connaissances acquises, d'extrapoler les données précédentes pour envisager des mesures préventives. Si cela peut paraître théoriquement possible, les obstacles à surmonter sont extrêmement importants.

Depuis plusieurs années, des campagnes sont périodiquement lancées en vue de limiter la consommation de tabac, les excès d'apport calorique, voire même, plus sélectivement, les excès de graisses animales (ac gras saturés). On en connaît les maigres résultats, alors que l'effort à fournir peut paraître somme toute acceptable en fonction de l'importance des bénéfices secondaires qui pourraient en résulter. Il est d'ailleurs significatif de constater que plusieurs patients avaient spontanément stoppé de fumer depuis des mois ou même une ou deux années, sans résultat hélas.

Si l'on envisage maintenant une psychoprophylaxie, cela semble plus problématique encore. En effet, il faudrait, avant toute symptomatologie morbide, sélectionner les sujets à haut risque, sélection que nous aurions bien voulu faire pour notre propre groupe de contrôle. Des tests psychologiques simples pourraient être mis au point en fonction du profil de personnalité précédemment décrit et surtout des traits particulièrement caractéristiques (cf tableau). Ces tests pourraient être pratiqués par des omnipraticiens ou des internistes, voire même diffusés par la presse en vue d'effectuer un premier tri. La difficulté principale ne nous paraît pas se situer à ce niveau, mais bien plutôt à celui du patient, peu enclin à remettre en question un mode de vie qui lui convient si bien. L'idéologie contemporaine se trouve en effet condensée dans cette personnalité : réussite sociale, professionnelle, pouvoir, puissance.

"Les formations réactionnelles peuvent donner naissance à des gains narcissiques secondaires, tels que l'orgueil d'être particulièrement bon, noble, ou intelligent, et peuvent éveiller de sérieuses résistances au traitement analytique des obsédés" (FENICHEL).

Il faudrait, de plus, prouver que tous ces facteurs conditionnent systématiquement une atteinte cardio-vasculaire, ce qui est loin d'être fait. Rien ne nous permet d'affirmer que la somme d'efforts entrepris serait, en fin de compte payante et que d'autres affections ne viendraient pas se substituer à celle que l'on aurait pris tant de soins à prévenir. Nous pensons cependant que l'infarctus est en partie un mal de notre civilisation, de notre société industrielle et que son incidence va peut-être baisser avec l'avènement d'une société post-industrielle dans laquelle la détente sera valorisée au même titre que le travail.

Résumé

Le but principal de cette étude, qui porte sur 45 patients, a été de démontrer l'existence d'une situation déclanchante, d'origine psychologique, en tant qu'élément déterminant l'apparition d'un infarctus sur des malades présentant par ailleurs les facteurs de risque connus, tant sur le plan psychique que somatique. Cette situation déclanchante se distingue très nettement, par ses répercussions subjectives, d'autres éléments existentiels importants tels que stress et "life events" notamment.

Un groupe de contrôle de 15 patients a permis de vérifier la spécificité de cette démarche.

Summary

The principal objective in this study of 45 patients is to show the existence of a triggering situation of psychological origin responsible for myocardial infarction in patients already presenting know psychic and somatic risks. This triggering mechanism can be clearly distinguished by subjective repercussions as well as other existing realities such as stress and "life events".

A 15 patients contrôle group enabled verification of these proceedings.

TABLEAU DES PATIENTS OBSERVES

NO	AGE	PROFESSION	ETAT-CIVIL	INF. No	SD
1	1934/41	directeur succursale	marié	1er	0
2	1921/54	brigadier de gendarmerie	marié	1er	0
3	1910/65	ouvrier usine	marié	2e inf.	0
4	1927/48	chauffeur-livreur	marié	2e	0
5	1919/56	interprète	cél. homosex.?	2e ou 3e	X
6	1910/65	retraite anticipée	veuf solitaire	1er	X
7	1911/64	cadre administratif	marié	1er	X
8	1924/51	directeur entreprise	marié	1er	X
9	1922/53	comptable	marié	2e	0
10	1911/64	dentiste	marié	1er	0
11	1938/37	sous-directeur banque (juriste)	cél.	1er	0
12	1919/56	cordonnier indép.	marié	1er	0
13	1923/52	employé de banque	marié	1er	X
14	1932/43	employé d'état	marié	1er	X
15	1923/52	directeur chantier naval	divorcé	1er	X
16	1930/45	fondé de pouvoir	marié	2e	X
17	1922/53	homme d'affaires	marié	1er	X

NO	AGE	PROFESSION	ETAT-CIVIL	INF. No	SD
18	1914/61	cadre banque	cél.	1er	X
19	1920/55	cadre sup.	marié	1er	X
20	1933/42	cadre sup.	marié	1er	X
21	1940/35	cadre sup.	marié	1er	X
22	1939/36	directeur entreprise	marié	3e	X
23	1914/61	magasiner	marié	2e	X
24	1927/48	chauffeur poids-lourds Etat GE	marié	2e	X
25	1914/61	architecte	marié	1er	X
26	1936/39	garagiste	marié	1er	X
27	1917/58	employé administr.	marié	1er	X
28	1913/62	représentant	marié	1er	X
29	1929/46	contremaître trav. publ.	marié	1er	X
30	1912/63	mécanicien	veuf (depuis 25 ans)	1er	X
31	1925/50	archiviste (ancien boucher)	marié	1er	X
32	1917/58	interprète / cadre sup.	marié	1er	X
33	1913/62	mécanicien contremaître	marié	1er	X
34	1929/46	restaurateur	marié	1er	X
35	1940/35	garagiste	marié	1er	X

NO	AGE	PROFESSION	ETAT-CIVIL	INF. No	SD
36	1933/42	expert-comptable indép.	marié	1er	X
37	1912/63	ancien entrepreneur rentier	marié	1er	X
38	1911/64	directeur banque	marié	1er	X
39	1937/38	employé CGTE contrôleur	divorcé	1er	X
40	1922/53	employé banque	célib.	1er	X
41	1914/61	commerçant	marié	1er	X
42	1929/46	plombier	marié	1er	X
43	1924/51	chauffeur poids-lourds indép.	marié	1er	X
44	1924/51	directeur entreprise	marié	1er	X
45	1911/64	chef service état GE	divorcé remarié	1er	X

Présentation de quelques observations sur une base statistique

- Répartition des âges

→ 39 ans	6	13 %
40 → 49 ans	10	22 %
50 → 59 ans	15	33 %
60 → 65 ans	14	32 %
	45	100 %

Age moyen : 52,2 ans

- Répartition des professions

Libérales	2	Banque	
Cadres supérieurs	11	Fonctions administratives	22
Indépendants	9	Activités techniques + manuelles	8
Cadres moyens	7	Autres	6
Employés	13	Activité indépendante dans le cadre d'une entreprise	9
Autres	3		
	45		45

- Etat civil

Célibataires	4
Veufs	2
Mariés	36
Divorcés	2
Divorcés + remariés	1
	45

Bouffées de colère

Pas mentionnées	5	Absentes	5
Ø changement en fréquence ou intensité	14	Présentes	40
Diminuées ou impossibles	21		45
Augmentées	5		
	45		

=====

Type de SD

Conflits extérieurs	3	
familiaux	4	
travail	9	
Echecs travail	13	
loisirs	1	
Maladies	2	
Accidents	5	
	37	(82 %)
Pas de SD	8	(18 %)
	45	(100 %)

=====

GROUPE DE CONTROLE

NO	AGE	PROFESSION	SD	STRUCTURE *
1	1933/42	ingénieur	Ø	N. obsessionnelle
2	1917/58	directeur de banque	X	N. phobico-obsessionnelle
3	1911/64	ex-cuisinier (AJ)	Ø	Etat limite - alcoolisme
4	1916/61	ingénieur chimiste	Ø	N. obsessionnelle
5	1912/63	concierge	Ø	Alcoolisme - état limite
6	1917/58	carrossier (retraité prématurément)	X	N. angoisse tendance à la somatisation
7	1912/63	Ex-boyandier	Ø	N. caractère
8	1912/63	manoeuvre	Ø	N. phobique obsessionnelle
9	1924/51	comptable	Ø	N. organe (psychomatique + alcoolisme +++
10	1931/44	instituteur	Ø	Etat dépressif chronique personnalité x.
11	1917/58	pharmacien	X	N. organe (ulcus) traits obsessionnels
12	1930/45	employé non qualifié	Ø	N. organe (ulcus) alcoolisme
13	1920/55	représentant	Ø	N. obsessionnelle
14	1920/55	contremaître	Ø	Etat dépressivo-anxieux (néoplasie). Structure pas définissable
15	1926/49	ingénieur technicien	Ø	N. angoisse

* dans les termes de la psychopathologie des névroses.

GROUPE DE CONTROLE

<u>Répartition des âges</u>		<u>%</u>
—→ 39 ans	0	0 %
40→ 49 ans	4	27 %
50→ 59 ans	6	40 %
60→ 65 ans	5	33 %
	15	100 %

Age moyen : 55 ans

=====

(2) SD : conflit professionnel

(6) SD : conflit conjugal

(7) SD : échec professionnel

$$\% : \frac{3}{15} = 20 \%$$

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAM K : Oeuvres complètes - Payot, Paris.
- ALEXANDER F. : La médecine psychosomatique. Ses principes et ses applications - Payot, Paris (1952).
- ARLOW J.-A. : Le mécanisme d'identification de l'occlusion coronarienne. Psychosom. méd. juillet 1947, 7, no 4.
- BALINT M. : Le médecin, son malade et la maladie. Payot Ed.
- BATESON G. : Communication : The social matrix of psychiatry.
- RUESCH J. : Norton and Company, New-York (1951).
- BECK D. : Die auslösende Situation beim Reizmagen. Schweiz. med. Wschr 97, no 23 (1967).
- BLOCH A. : La réadaptation au stade aigu de l'infarctus du myocarde. Genève, 1973.
- BOSS M. : La médecine psychosomatique et le principe de causalité. Hexagone Roche no 2 (1974).
- BOSS M. : Introduction à la médecine psychosomatique. PUF 1959.
- BRAUTIGAM W. : Psychosomatische Medizin. Thieme Verlag
- CHRISTIAN P. : Stuttgart (1973).
- CASTELNUOVO-TEDESCO P. : Emotional antecedents of perforation of ulcers of the stomach and duodenum. Psychosom. Med. 24:398 (1962).
- DELTEIL P. : Affection de l'appareil cardio-vasculaire. In EMC, psychiatrie. 2-1955.
- DEUTSCH F. : Applied Psychoanalysis - New-York : Grune et Strattan.
- DUHRSSSEN A. : Das Problem der auslösenden Konfliktsituation in der Diagnostik psychogener Erkrankungen. Z. psychosom Med 1, 47 (1954-1955).
- DUNBAR F. : La diagnostic psychosomatique. Hoeber Edit Londres (1943).
- EASTWOOD M.R. : Stress and coronary heart disease. J of psychosom reas. Vol. 15, (1971).
- TREVELYAN H.
- FENICHEL O. : La théorie psychanalytique des névroses, PUF (1974).
- GFELLER R. : La maladie ulcéreuse gastro-duodénale. Revue médicale de la Suisse Romande. Tome 94, no 3 - mars 1974.
- HAHN P. : Der Herzinfarkt in psychosomatischer Sicht. Vandenhoeck und Ruprecht in Göttingen (1971).
- HEIGL F. : Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen (1972).
- HERMANN P. : Collecte et stockage de données dans la clinique et la recherche psychiatrique (1975).

- JOFFE W. : Notes on pain, depression and individuation.
 SANDLER J. Psychoanalytic Study of the Child (1965) 20.
- JONES E. : Théorie et pratique de la psychanalyse. Payot, Paris.
- JOUVE A. : Personnalité et stress dans la genèse de
 DONGIER M. l'ischémie cardiaque (Angor et infarctus)
 DELAAGE M. arch. mal. cœur 2, 154 (1960).
 BARRIND J.
- MARTI, FAIN, : L'investigation psychosomatique. PUF.
 DE M'UZAN
- NELSON Ph. : Variables in the reporting of recent life changes.
 MENGH I. J. of psychosom reas. Vol. 16 (1972).
 HECHT E.
 SCHWARTZ A.
- RAHE R. : Recent Life Changes, Myocardial infarction and
 MATTI R. abrupt coronary death. Arch intern med Vol. 133
 BENNETT L. févr. 1974.
 PENTTI S.
- ROSENMAN R.H. : Prospective epidemiological recognition of the candidate
 for ischemic heart disease. Karger, Basel (1968).
- RUCH L.O. and : Scaling of life changes : comparison of direct
 HOLMES Th. and indirect methods. J. of psychosom reas. vol. 15
 (1972).
- SELYE H. : La physiologie et la pathologie de l'exposition au stress
 Acta Inc. Montréal (1950).
- SCHWIDDER W. : Grundsätzliche zur Entstehung psychosomatischer Krankheits-
 symptome Z psychosom, med 5, 238 (1958/59).
- STENEACH A. : Gastric neurosis, pre-ulcer conflict and personality in
 duodenal ulcer. J. Psychosom reas 4 : (1960).
- VAUTHIER C. : Réflexions sur la psychologie et la personnalité des grands
 coronariens. Médecine et Hygiène, Genève no 732, 4 mai 1966.
- WAIBEL P. : Epidemiologie Kardiovaskulärer Krankheiten
 WIDMER L. H. Huber Verlag (1970).
- WATZLAWICK et : Une logique de la communication. Ed. Seuil, Paris 1972.
 coll.
- WEISMANN : A Study of the psychodynamics of duodenal ulcer exacerba-
 tion with special reference to treatment and the problem
 of specificity. Psychosom. Med 18, (1956).
- WINNICOTT D.W. : De la pédiatrie à la psychanalyse. Payot, Paris.

